

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 279

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} août 1882 à 9 heures.

PAR A. BROQUERE,

Interne de la maison nationale de Charenton,

Lauréat de l'école de médecine de Toulouse.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES ATTAQUES APOPLECTIFORMES

ET ÉPILEPTIFORMES

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : [M. BROUARDEL, professeur.

Juges : MM { ROBIN, professeur.
DEBOVE, GRANCHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
	PARROT.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER
Clinique des maladies syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....	RICHT.
	GOSSELIN.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHT.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL.

A MES FRÈRES

A MES AMIS

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

ATTAQUES APOLECTIFORMES

ET EPILEPTIFORMES

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

INTRODUCTION.

Les attaques apoplectiformes et épileptiformes sont une complication si commune de la paralysie générale, qu'elles ont sans doute largement contribué à faire méconnaître pendant si longtemps, l'entité même de la maladie.

Ce qui le prouve, c'est que même après les descriptions si complètes faites par Delaye, Calmeil, Ramon, Bayle, Georget, de la maladie entrevue par Esquirol, Falret était encore obligé, en 1861, de démontrer à Trousseau, devant l'Académie de médecine, que la congestion apoplectiforme n'est pas toujours un symptôme de l'épilepsie, et qu'elle peut se produire particulièrement dans la paralysie générale, à son début ou dans son cours.

Aujourd'hui, tout le monde admet non seulement l'existence, mais encore la fréquence très grande d'accès comateux et convulsifs, à titre d'épiphénomènes dans la périencéphalite chronique.

C'est l'importance clinique de ces épiphénomènes que nous avons voulu établir par ce travail, dont nous faisons un respectueux hommage à nos maîtres de la Maison Nationale:

M. le Dr Christian, médecin en chef du quartier des hommes, notre chef de service ;

M. le Dr Ritti, médecin en chef du quartier des femmes ;

M. le Dr Decorse, chirurgien.

FORMES. — VARIÉTÉS.

Il convient de ramener à deux types principaux les attaques qui traversent le cours de la paralysie générale : attaques épileptiformes et attaques à forme apoplectique. Nous comprendrons dans la première catégorie les attaques complexes qu'on observe surtout à la période de marasme, et qui sont caractérisées par un ictus apoplectique suivi de phénomènes convulsifs.

Tout en reconnaissant que chacune des deux sortes d'attaques présente, dans l'espèce, une variété infinie, nous croyons peu utile de pousser l'analyse des symptômes aussi loin que l'a fait Aubanel, d'autant plus que pour nous un caractère commun dominant réunit toutes ces attaques ; c'est, quelle que soit leur forme, l'influence fâcheuse qu'elles exercent sur la marche de la maladie.

Nous ferons aussi observer que s'il existe une forme de paralysie générale, la forme commune de certains auteurs, caractérisée par une tendance toute spéciale à ces accidents, en réalité, aucune forme n'en est à l'abri.

APPARITION.

La fréquence relative des deux espèces d'attaques diffère selon les périodes de la maladie. Tandis que l'attaque épileptiforme est rare comme phénomène initial, les attaques apoplectiformes, selon la remarque de Bayle, précèdent, dans la moitié des cas, l'apparition de la méningite chronique. Souvent même, un long intervalle sépare ces attaques au début de la maladie confirmée. Et lorsqu'un malade entrant est seulement soupçonné d'être un paralysé général, nous ne manquons jamais de chercher dans ses antécédents cet accident que nous considérons comme un élément précieux de diagnostic.

C'est surtout à la deuxième période que s'observent les attaques épileptiformes.

Les attaques de la période terminale sont le plus souvent mixtes, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

DESCRIPTION.

Les accès paralytiques peuvent survenir à l'improviste, mais ils sont souvent annoncés vingt-quatre heures, et même plusieurs jours à l'avance, par un changement notable dans la manière d'être du malade.

Tantôt, celui-ci est envahi par une sorte de tor-

peur, qui paralyse progressivement son intelligence, ses sens et ses forces physiques.

Tantôt, c'est au contraire, de l'excitation, une pétulance inaccoutumée qu'on observe.

La prostration annonce ordinairement une attaque apoplectiforme.

L'excitation prodromique indique plutôt que c'est une attaque épileptiforme qui se prépare.

1^o *Attaques épileptiformes.* — Le malade tombe sans connaissance, ses traits pâlisent, l'œil devient fixe, les membres, raidis pendant quelques secondes, sont ensuite agités de secousses violentes. La tête est animée d'un mouvement d'oscillation rapide, pendant que des convulsions partielles contractent les muscles des lèvres, des joues, des paupières. La sensibilité générale et spéciale est à peu près complètement abolie.

Après une ou plusieurs minutes, les mouvements spasmodiques cessent. Puis, si l'accès est grave, le malade tombe dans un coma, dont l'issue, ainsi que nous le verrons plus loin, ne peut être bien prévue qu'à l'aide de l'observation thermométrique.

Il s'en faut pourtant que les choses se passent toujours comme nous venons de le dire. Les attaques épileptiformes, comme du reste les attaques épileptiques vraies, dont il serait le plus souvent impossible de les distinguer par aucun caractère symptomatique, les attaques épileptiformes, dis-je, présentent une diversité très grande dans leur du-

rée, dans la combinaison de leurs différents symptômes.

On peut observer depuis le simple vertige durant à peine quelques secondes, jusqu'à des scènes convulsives qui se prolongent des journées entières. Nous pouvons citer un paralytique général, encore vivant, qui a éprouvé une centaine de crises dans l'espace de vingt-quatre heures.

Les phénomènes qui constituent l'attaque même, se groupent, se dissocient de mille manières. Il est rare que la description que nous avons donnée plus haut, s'adapte exactement au tableau clinique.

Les convulsions peuvent occuper successivement ou simultanément tous les membres, et quand elles sont générales, il arrive presque toujours, comme dans la véritable épilepsie, qu'elles sont plus prononcées sur un côté du corps que sur l'autre.

Parfois, les convulsions sont bornées à une moitié de la face, à un bras, à une jambe.

Il se peut aussi que, pendant que certains muscles sont agités, d'autres soient pris d'une véritable raideur tétanique qui dure pendant tout l'accès. Chez un de nos paralytiques, l'attaque était souvent caractérisée par la convulsion clonique du membre supérieur droit et l'extension forcée du membre inférieur du même côté.

Le trismus n'est pas rare.

La rotation de la tête et la déviation conjuguée des yeux, sont des phénomènes qu'on observe assez souvent dans le cours des attaques soit convul-

sives, soit apoplectiformes. Nous avons constaté plusieurs fois ce symptôme associé, tantôt à des convulsions générales, tantôt à des convulsions partielles.

Il est encore des attaques qui se caractérisent par certaines particularités, comme l'existence d'une aura. Le malade de notre observation IX, lors de ses premières attaques, éprouvait une sorte de fulguration du bras droit, et poussait un cri avant de tomber. Il n'y a, à notre connaissance, que deux autres observations d'attaques épileptiformes avec aura rapportées, l'une par Bayle, l'autre par le Dr Thore.

La symptomatologie des attaques convulsives est donc extrêmement variable.

2° *Attaques apoplectiformes.* — Quant aux attaques apoplectiformes, nous ne croyons pouvoir mieux faire pour leur description, que de reproduire le tableau qu'en a laissé Calmeil (1).

« Quelquefois, dit-il, un paralytique, dont les fonctions intellectuelles commencent à peine à être atteintes d'un léger affaiblissement, dont la lésion de la motilité n'est encore rendue sensible que par un commencement de gêne dans la parole, une légère obliquité de la démarche, dont la santé générale n'a pas cessé d'être jusque là florissante, se trouve tout à coup dans l'impossibilité d'articuler

(1) Calmeil. Traité des maladies inflammatoires du cerveau, t. 1, p. 19.

convenablement les mots, dans l'impossibilité de se tenir en équilibre sur ses jambes. On s'aperçoit en même temps qu'il est peu sensible aux impressions du toucher et que l'oblitération de son intelligence ne lui permet plus de saisir le sens des questions qu'on lui adresse, d'associer convenablement ses idées, et d'indiquer par des réponses sensées, ou au moins par des gestes significatifs, les sensations intérieures qu'il est à même d'éprouver. La manifestation de cet ensemble de symptômes est accompagnée de l'émission involontaire de l'urine et des fèces, de l'accélération ou de la concentration des battements artériels, de la persistance d'une rougeur intense vers la face, de difficultés dans l'accomplissement des actes respiratoires. »

Calmeil décrivait deux formes d'attaque apoplectique, l'une légère, l'autre plus grave. Nous accentuerons, pour ainsi dire, cette distinction en faisant ressortir qu'il y a des attaques relativement bénignes et des attaques fatalement mortelles, dont le caractère pronostique est fourni dès les premiers instants, par le thermomètre. Cette remarque s'applique aussi bien aux accès convulsifs qu'aux accès comateux. Aussi pensons-nous qu'il est utile d'étudier à part le symptôme thermique auquel on n'a peut-être pas jusqu'ici accordé toute l'attention qu'il mérite.

ETUDE DE LA TEMPERATURE.

Les accès épisodiques de la paralysie générale ne sont pas nécessairement liés à un changement dans la température du corps. Il est même de règle que celle-ci reste normale pendant les attaques de courte durée, à moins qu'elles ne se répètent coup sur coup en grand nombre.

Mais on doit regarder comme une règle non moins certaine l'ascension de la température, pendant les attaques qui durent un certain temps.

Westphall et Meyer, en Allemagne, MM. Charcot, Voisin, Magnan, Hanot, en France, Mickle, Gibson, en Angleterre, Jeffrier, en Amérique, se sont occupés de ce sujet ; mais aucun de ces auteurs n'a tiré de ses observations une conclusion pratique.

Nous croyons cependant, avec le D^r Christian, notre maître, que l'observation thermométrique peut non seulement être très utile pour le pronostic, mais encore fournir des indications précieuses pour un traitement immédiat et contribuer dans une certaine mesure à réaliser le vœu de Calmeil qui pensait que l'on doublerait les années de vie de la plupart des malades, si l'on pouvait conjurer les recrudescences de leur maladie inflammatoire.

Les accidents, avons-nous dit, éclatent parfois

d'une manière imprévue, mais, d'autres fois, leur explosion est annoncée par un changement dans l'état habituel des malades. Chez les uns, c'est une exaltation inaccoutumée qui donne l'éveil; chez les autres, au contraire, c'est une prostration, un collapsus alarmants.

Si dès lors on s'applique à placer fréquemment le thermomètre sous l'aisselle, on constate, à un moment donné, une ascension de la colonne mercurielle.

Et si l'examen des divers organes ne fait trouver aucune autre cause capable d'expliquer le mouvement fébrile, on sera bien en droit d'attribuer celui-ci à une poussée congestive déterminée vers l'encéphale. Le processus congestif est attesté par l'injection de la face et la concentration du pouls.

La température peut commencer à monter, un à trois jours avant l'attaque. Mais, le plus souvent, on n'aura un indice sérieux que dix ou vingt heures avant le moment où le malade doit être frappé.

Jusqu'où peut monter le thermomètre pendant cette période prodromique?

Ma trop jeune expérience ne m'autorise pas encore à donner une moyenne. J'ai cependant remarqué que le chiffre de 39,5 était rarement dépassé avant que se fussent déclarés des phénomènes apo ou épileptiformes. Ce chiffre n'est même atteint que dans les cas graves. Quand l'accès doit être de moyenne intensité, le thermomètre oscille entre 38 et 39 degrés.

Pendant l'attaque même, la colonne mercurielle éprouve ordinairement une nouvelle poussée. Mais je ne dirai pas qu'elle atteigne dès lors son maximum de hauteur. Car si cela est vrai lorsqu'il s'agit d'attaques relativement bénignes, où le chiffre 40 degrés n'est jamais dépassé, et se trouve très rarement atteint, il n'en est pas de même pour les cas qu'on peut déclarer mortels. Ici la température arrivera à 40,2, 40,5, mais l'élévation maximale de 40,8, 41,2, ne sera observée qu'au moment même de la mort, laquelle, il est vrai, suit quelquefois de très près l'attaque, mais peut n'arriver qu'au bout de plusieurs heures ou de plusieurs jours.

La marche ultérieure de la température est différente selon que l'accès a été léger ou grave, c'est-à-dire selon que la colonne mercurielle est restée au-dessous du niveau que j'appellerai fatal, 40 ou 40,2, ou selon qu'elle l'a franchi.

Dans le premier cas la défervescence se produit assez rapidement et précède même les autres symptômes dont l'apparition indique un retour à l'état normal.

Dans le deuxième cas, trois éventualités sont possibles :

Ou bien l'individu meurt immédiatement après l'attaque. Alors on constatera que la colonne thermométrique, restée constamment à 40 degrés ou un peu au-dessus, monte encore de quelques dixièmes au dernier moment.

Ou bien le paralytique survivra vingt-quatre, quarante-huit heures à l'accès. Pendant ce laps

de temps la température aura pu redescendre au-dessous de 40 degrés. Mais, à la dernière heure encore, on la verra remonter et atteindre un point maximum.

Quand le répit est plus long et dure plusieurs jours, il arrive souvent que le thermomètre revient par une descente progressive aux environs du chiffre normal, tout en présentant des variations quotidiennes, chute le matin, ascension le soir. Enfin, ici encore peut survenir une hausse terminale. Mais celle-ci n'est pas nécessaire. Nous pouvons citer deux exemples de paralytiques (l'un fait le sujet de l'obs. VII) morts seulement huit et vingt jours après des attaques violentes, chez lesquels la température est redescendue graduellement de 40,6 à 37 degrés, et n'est nullement remontée à la période d'agonie. Nous n'hésitons pas cependant à considérer ces malades comme tués par leurs attaques mêmes. Car depuis celles-ci ils sont restés dans une sorte de marasme aigu.

En résumé, les attaques comateuses ou convulsives qui se présentent dans le cours de la paralysie générale, sont souvent précédées et accompagnées d'une élévation de la température.

Tant que le thermomètre n'aura pas atteint un certain niveau (40) il sera permis d'espérer voir le malade survivre. Ce niveau franchi, on peut à peu près à coup sûr prédire un dénouement fatal qui se produira à une échéance plus ou moins rapprochée.

Je n'expliquerai pas comment un degré d'hyper-

thermie, regardé comme sans extrême danger dans d'autres conditions pathologiques, devient ici un signe mortel. Mais telles sont les conclusions qui nous sont dictées par les résultats de l'observation thermométrique appliquée à tous les cas d'accidents apo ou épileptiformes qui depuis 18 mois se sont présentés dans un service malheureusement trop riche en paralysés généraux.

INFLUENCE DES ATTAQUES SUR LA MARCHE DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE. — PRONOSTIC.

Les attaques, lors même qu'elles n'entraînent pas la mort, sont des épisodes toujours funestes. Rarement le malade revient à son état de santé antérieur.

L'augmentation dans l'embarras de la parole, l'explosion d'accès de délire ambitieux et de pétulance maniaque violente, l'apparition d'hallucinations et d'illusions des sens, l'affaiblissement de l'intelligence sont les conséquences ordinaires des attaques les plus bénignes.

Lorsqu'elles ont été plus graves, et il est à remarquer que généralement leur gravité est en rapport avec leur durée, on constate à la convalescence des désordres plus sérieux encore. On observe alors fréquemment des paralysies qui atteignent le nerf facial, l'hypoglosse, ou bien les extrémités, le tronc d'une manière complète ou incomplète; parfois elles prennent le caractère d'une hémiplégie et

alors la sensibilité de la partie paralysée est également atteinte.

Il survient aussi des contractures d'un bras, d'une jambe, des inclinaisons sur un côté du corps. Ces phénomènes peuvent, il est vrai, disparaître au bout d'un certain temps, mais il n'est pas rare de les voir persister,

Enfin, c'est surtout à la suite de ces grandes attaques que la démence fait des progrès vraiment extraordinaires.

Si l'on compare l'influence nocive des deux espèces d'attaques, on voit que les attaques épileptiformes, quand elles sont isolées, sont moins à redouter que les attaques comateuses. Mais, lorsqu'elles s'associent en série de manière à déterminer un véritable état de mal, elles ont des conséquences non moins dangereuses au point de vue de l'intelligence et de la motilité.

« La mort, dit M. Voisin (1), survient une fois sur trois dans le cours d'attaques apoplectiformes ou convulsives. La mort dans ces cas est quelquefois instantanée ; les individus sont pour ainsi dire sidérés, et cette funeste terminaison s'observe principalement lorsque la maladie est encore à une période peu avancée de son évolution. »

Le pronostic de ces accès chez les paralytiques est donc toujours très fâcheux, car lors même qu'ils ne sont pas la cause directe de la mort ils aggravent

(1) Voisin. Traité de la paralysie générale des aliénés, p. 243.

toujours l'affection primitive et lui impriment une marche plus rapide.

Nous croyons devoir citer ici quelques faits destinés à montrer cette influence pernicieuse des attaques et la signification pronostique du degré de température qui les accompagne.

OBSERVATION I.

Série d'attaques épileptiformes à la suite desquelles la paralysie générale, jusque-là seulement soupçonnée, se confirme par l'apparition de tous ses symptômes ordinaires.

J... (Louis), 27 ans, employé de commerce, entre à Charenton le 28 septembre 1879.

M. Foville qui a vu ce malade avant son admission soupçonne un commencement de paralysie générale. Cependant, même après plusieurs jours d'examen, ce diagnostic est tenu pour douteux.

Pendant dix-huit mois les notes de son observation constatent uniformément qu'il ne présente qu'un certain degré d'affaiblissement intellectuel et qu'il est de temps en temps sujet à des accès d'agitation et de délire hypochondriaque très passagers.

31 mars 1882. Il tombe d'une manière subite et se blesse grièvement au front. Perte entière de la connaissance, convulsions générales, écume abondante de la bouche, face vultueuse. Aux convulsions succède le stertor et n'était l'indice de la température, 39,1, qui n'a pas atteint un degré bien menaçant, on porterait immédiatement le pronostic le plus fâcheux.

Temp. 4 heures après l'attaque 38,1.

1^{er} avril. Nouvelle attaque. Les convulsions sont d'une violence extrême; le côté droit est plus vivement secoué que le gauche. Les yeux sont fixement tournés vers le côté droit. Les mus-

cles du visage se contractent et produisent une horrible grimace. Temp. 37,8 le matin.

Dans la soirée, à une heure d'intervalle, deux autres attaques entre lesquelles la connaissance n'est pas un instant revenue. Temp. 38,6.

Le 2. Encore deux attaques épileptiformes dans la matinée. Temp. matin, 38,8; soir, 38,8.

Le 3. Le malade a un peu recouvré l'usage de ses sens; mais il reste immobile dans son lit et on a beaucoup de peine à lui faire prononcer quelques paroles. Temp. matin, 38,2; soir 38,2.

Cette élévation de la température fait croire que tout danger n'a pas encore disparu.

Le 4. A 9 heures du matin, nouvelle crise, moins violente que les autres. Temp. matin, 38,2; soir, 38,5.

Le 5. La température est presque normale. Les phénomènes sont un peu amendés, mais il reste encore beaucoup de torpeur intellectuelle et une grande lassitude qui laissent le malade peu sensible à l'excitation.

Le 15. Après sa série d'attaques M. B... s'est montré bruyant, d'une loquacité intarissable. Hallucinations nocturnes. Apparition du délire des grandeurs. Il ne cesse de répéter qu'il a des valeurs considérables, qu'il est le fils de Napoléon III, etc.; mais il affirme successivement les choses les plus contradictoires, et dans la discussion toutes ses réponses paraissent marquées au coin d'une grande débilité intellectuelle.

OBSERVATION II.

Attaque apoplectiforme, survenue pendant la première période et faisant évoluer rapidement la maladie.

B..., 43 ans, entre à l'asile de Charenton le 5 décembre 1881. Il y a deux ans il a fait une chute grave sur la tête. Depuis six mois seulement on a remarqué quelques signes d'un dérangement d'esprit, certaines excentricités de carac-

rière. Mais il a continué jusqu'à ce jour de remplir les fonctions très actives de directeur d'une importante administration.

A l'entrée, nous constatons qu'il existe un peu d'excitation, une grande mobilité des idées, quelques faiblesses de la mémoire, une certaine hésitation de la parole. Les forces physiques paraissent normales.

Cinq jours après son arrivée à l'asile, il est pour la première fois frappé d'une attaque apoplectiforme avec perte entière de la connaissance et résolution de tous les membres.

Les phénomènes comateux se prolongent environ pendant dix minutes après lesquelles il peut se relever et même marcher. Mais à partir de ce jour son langage et ses actes deviennent tout à fait désordonnés et l'on est frappé de l'atteinte subite portée à son intelligence. La puissance musculaire elle-même semble avoir été épuisée. Enfin on est obligé de le transférer à l'infirmierie où il ne tarde pas à tomber dans le gâtisme.

Il est rare néanmoins qu'une seule attaque, surtout aux premiers temps de la maladie, ait des effets aussi promptement funestes.

OBSERVATION III.

Attaque apoplectiforme. Les phénomènes comateux se prolongent pendant 48 heures. Consécutivement passage d'emblée du début de la deuxième période à la période ultime bien confirmée de la maladie.

C...., 36 ans, lieutenant d'infanterie, entré le 7 juillet 1881.

Etat mental constaté les premiers jours après son entrée; idées de richesse et de grandeur: il possède huit millions et doit épouser une comtesse. Le champ des idées est restreint, la mémoire est affaiblie. Il met un certain temps à répondre

comme s'il ne comprenait pas immédiatement le sens des questions qu'on lui fait. La parole est hésitante, gênée par une trémulation visible des lèvres.

Les mains sont maladroites, les mouvements en sont ataxiques. Cependant l'étreinte du dynamomètre accuse un degré de force ordinaire. La démarche est assez ferme. Ce malade, en somme, est considéré comme atteint de paralysie générale au début de la seconde période.

21 décembre 1881. Attaque apoplectiforme qui se prolonge pendant quarante-huit heures. La perte de connaissance et l'insensibilité sont d'abord si complètes qu'il y a presque un état de mort apparente. Les yeux sont atones, et les paupières ne se referment que lentement quand on les a entr'ouvertes. On peut pincer très fortement la peau sur toute la surface du corps sans déterminer le moindre mouvement. Les membres soulevés retombent inertes. La respiration est profonde, silencieuse, le pouls petit, filiforme.

La température oscille entre 38,5 et 38,8 pendant toute la journée ; la veille au soir elle a été trouvée à peu près normale.

Le 22. Le lendemain le coma est encore très profond. Le front est inondé de sueur. Nous vidons la vessie qui est distendue par l'urine.

La situation reste la même pendant cette deuxième journée. Malgré toute tentative d'excitation nous ne pouvons tirer le malade de sa torpeur. Aucun aliment, même liquide, ne peut être avalé.

Temp. matin, 38,1; soir, 37,6.

Dans la soirée, à la suite d'un nouveau cathétérisme de la vessie, le malade semble s'éveiller, il ouvre les yeux et promène autour de lui des regards étonnés; mais il ne peut parler encore ni prendre la main qu'on lui présente. Ce n'est que le lendemain qu'il revient entièrement à lui.

Bien qu'il soit très faible, je puis m'assurer qu'il n'y a paralysie d'aucun membre.

Dès ce moment, le malade est entré dans une phase de dé-

gradation physique et intellectuelle très marquée. Cette seule attaque a suffi pour abattre toute l'activité dont il était encore capable deux jours auparavant et semble avoir fait table rase de ses facultés mentales. L'intelligence ne se manifeste plus que par sa sollicitude à satisfaire, son appétit devenu insatiable. La parole est très embarrassée. La démarche est chancelante, la puissance musculaire affaiblie au dernier point.

OBSERATION IV.

Attaques apoplectiformes d'abord, épileptiformes ensuite, se répétant à intervalles assez éloignés, aggravant chaque fois les désordres de l'intelligence et de la motilité et finissant par amener le marasme.

B..., 47 ans, receveur d'une compagnie de chemins de fer.

Hérédité: père mort à un âge avancé d'une attaque d'apoplexie; frère mort hémiplegique.

Traité il y a vingt ans pour des accidents syphilitiques. Pas d'alcoolisme. Santé habituelle bonne.

En juillet 1879, attaque apoplectiforme, promptement résolue, mais à la suite de laquelle on remarqua un changement dans les habitudes de M. B... et un peu d'embarras de la parole. Il put néanmoins continuer d'occuper son emploi de receveur.

Huit mois après, nouvelle attaque. Il est alors conduit à Charenton où l'on constate des signes de paralysie générale commençante: insomnie, état d'exaltation, idées de puissance, léger tremblement des lèvres, inégalité des pupilles.

Cependant les phénomènes s'amendent assez rapidement; il sort et jouit d'une assez longue période de rémission.

Il revient le 11 juin 1881, encore à la suite d'une attaque congestive. Cette fois la paralysie générale est parfaitement confirmée.

15 août 1881. Nous assistons à sa première attaque à l'asile.

Après avoir été un peu somnolent toute la journée, il tombe subitement, vers 5 heures du soir, et reste étendu par terre pendant environ cinq minutes, les membres dans un état de complète résolution. Cependant l'usage de l'intelligence et des sens n'est qu'incomplètement suspendu. Interpellé vivement, il entr'ouvre les yeux. L'excitation des téguments, du côté gauche, provoque des mouvements réflexes assez énergiques, mais demeure presque sans effet pour le côté droit. Température avant l'attaque 38,2 ; quelques moments après l'attaque 38,5.

La connaissance revient progressivement, mais dans la nuit il éprouve trois nouvelles attaques à peu près semblables entre elles, mais différant de l'attaque précédente par l'adjonction d'un nouveau symptôme : convulsions des membres du côté droit, de ce côté où nous avons précisément trouvé l'anesthésie quelques heures auparavant.

Nous avons en outre constaté pendant toute la durée de ces attaques un phénomène particulier qui s'est présenté aussi chez un autre paralytique dans les mêmes conditions : pendant plusieurs heures la pupille droite est restée largement dilatée, la gauche étant presque punctiforme ; en même temps la pommette gauche était très rouge, chaude, la droite était pâle.

Les membres du côté droit sont restés pendant trois ou quatre jours dans un état de parésie qui a fini par disparaître entièrement.

Ces accès n'ont pas en somme présenté un appareil symptomatique bien grave. La température qui s'était élevée à 38,5 pendant la dernière crise est redescendue progressivement. Cependant l'état mental est resté grièvement frappé. Le malade a été précipité d'emblée dans la période cachectique de la maladie. Il s'éteint dans le marasme cinq mois après ces accidents convulsifs qui ont évidemment beaucoup hâté la terminaison fatale.

OBSERVATION V.

Attaque épileptiforme. Température 40°. Mort.

D..., 40 ans, entré le 5 août 1879.

Août 1881. Paralytique arrivé à la période de démence sans avoir essuyé aucun de ces accidents qui font évoluer si rapidement la maladie.

Il lui reste encore assez de force pour vaguer par le préau et même pour jouer au billard. En préjugant de l'avenir par la marche lente du mal on pourrait promettre encore au moins plusieurs mois d'existence.

25 août. Un jour le malade paraît un peu excité; il va devant lui furetant partout, cherchant à ouvrir toutes les portes. Il s'irrite quand on veut l'obliger à revenir à sa place. Nous lui demandons pourquoi il ne se tient pas tranquille, et bien qu'il ne soit que neuf heures de matin, il répond qu'il faut se coucher parce qu'il se fait nuit.

P. 88; T. axillaire 37,8.

Le 26. La situation est à peu près la même. Trouble mental très accusé. Quand on l'interroge il balbutie un commencement de réponse, mais il ne peut achever sa phrase, comme si l'idée lui échappait. Les traits sont hébétés, la station debout est presque impossible. La sensibilité du côté droit est manifestement émoussée. La température s'est élevée de deux dixièmes depuis hier. 38°.

Lavement avec deux gouttes de croton tiglium. Vésicatoire à la nuque.

Le 27. Le lendemain on le voit s'affaïsser tout à coup sur le parquet. La connaissance et la sensibilité sont entièrement abolies. La jambe et le bras droits sont agités de mouvements convulsifs. Les autres membres sont dans la résolution. La tête est tournée du côté droit. Quand avec les mains on essaie de la renverser, elle revient d'elle-même à sa position primitive pendant que les traits prennent une expression de souffrance. Les yeux sont en déviation conju-

guée vers le même côté. Les pupilles ont un diamètre normal et ne sont pas absolument insensibles, mais il est très difficile d'ouvrir les yeux, les paupières se refermant spasmodiquement. Temp. au moment de l'attaque 40,1, dans la soirée 39,7.

Le 28. Le malade est dans le collapsus; on peut à peine, en l'excitant énergiquement, lui faire proférer quelques mots inintelligibles. Le membre supérieur droit reste fortement fléchi et ne peut être étendu. Temp. redescendue à 38° le matin; soir, 38,5.

Le 29. L'état s'aggrave encore. L'inertie est presque absolue. La tête reste toujours tournée vers le côté droit. Le bras droit, toujours contracturé, subit quelques secousses intermittentes. On est obligé de vider la vessie distendue par l'urine. Temp. matin, 40,1; soir, 40,7.

Enfin apparition du râle trachéal et mort dans la nuit.

Nous avons vivement regretté de ne pouvoir pratiquer l'autopsie qui, comme cela arrive trop souvent à Charenton, a été interdite par la famille.

OBSERVATION VI.

Paralysé général considérablement affaibli par des accès précédents et succombant à une série d'attaques épileptiformes pendant lesquelles la température s'est élevée à 40,3.

B... (Alfred), 32 ans, arrivé à la troisième période de la paralysie générale, resté depuis six mois très affaibli à la suite d'une série d'attaques épileptiformes. 6 octobre 1881. Attaque épileptiforme avec convulsions de tous les membres; la joue et l'œil gauches sont très injectés, ce qui apparaît vivement par contraste avec le côté opposé où la coloration est normale. Par contre la sensibilité est beaucoup plus diminuée sur tout le côté droit du corps. T. 38.

Etat de subagitation consécutif à l'attaque. Peu à peu cependant il revient à son état habituel qui est une vie presque végétative.

Du 29 au 31 mai, quatre nouvelles attaques épileptiformes avec prédominance des convulsions à droite ; sueurs abondantes, déglutition difficile. On constate un peu de congestion pulmonaire.

Température	28 mai		soir	37,6
»	29 »	matin	38 »	38,1
»	30 »	»	38,1 »	38

Le 31. Pendant la dernière attaque survenue ce matin, la température monte à 40,3 et le malade meurt deux heures après.

OBSERVATION VII.

Paralysie générale à une période avancée. Mort, 20 jours après une attaque apoplectiforme qui avait fait monter la température à 40°.

Ch. (Henri), 43, ans, fabricant de vernis, admis à Charenton le 28 novembre 1880.

Arrivé lentement à une période avancée de la maladie dont le cours n'a été accidenté que par quelques accès d'agitation.

8 février 1882. Depuis hier on remarque un assoupissement croissant ; traits hébétés et congestionnés, indifférence pour la nourriture. La température est restée constamment à 37,8.

Aujourd'hui, vers midi, deux attaques apoplectiformes, se succédant à peu d'intervalle. La température, qui ce matin encore n'était que de 37,8, est montée rapidement à 40°. Nous ne trouvons rien de particulier du côté des poumons ni d'aucun autre organe.

Il demeure vingt minutes plongé dans un profond état d'anéantissement. Au bout de ce temps, il commence à donner signe de vie, ouvre les yeux, remue les bras.

Je ne constate ni paralysie, ni contracture d'aucun membre.

Mais il ne sortira plus désormais d'un état de semi-col-

lapsus caractérisé par l'impotence, par l'obnubilation des sens et un trouble prononcé du peu d'intelligence qui lui reste.

Il ne succombe que vingt jours après ces attaques qui ont bien été pour lui le coup mortel.

La température, qui le jour même de l'accès a atteint 40°, est ensuite restée constamment au-dessous de ce chiffre, présentant des exacerbations vespérales, mais redescendant fréquemment le matin au degré normal.

OBSERVATION VIII.

Attaque apoplectiforme. Température, 40,2. Mort.

V... (Théodore), rentier, 44 ans, entré à Charenton le 17 septembre 1881.

Pas d'antécédents héréditaires ; ni alcoolisme, ni syphilis.

Paralysie générale au dernier degré. Démence complète. Perte de l'usage de la parole. L'affaiblissement musculaire n'est cependant pas si prononcé qu'il ne puisse encore faire quelques petites promenades.

28 février 1882 : attaque apoplectiforme survenue à l'improviste. La face est congestionnée, une sueur abondante perle sur le front. Le thermomètre appliqué à l'instant même sous l'aisselle ne tarde pas à accuser une température de 40,2, qui se maintient pendant toute la durée du collapsus.

Mort au bout de quatre heures.

L'auscultation de la poitrine nous a démontré qu'il n'existait point de congestion pulmonaire comme nous l'avions tout d'abord supposé.

Ces observations, ou plutôt ces extraits d'observations, dont nous pourrions bien augmenter le nombre, suffiront, il nous semble, à faire ressortir l'influence néfaste des attaques dans la paralysie générale.

C'est à titre d'une rare exception à la règle que nous relaterons cette dernière observation.

OBSERVATION IX.

Cas exceptionnel. Attaques épileptiformes extrêmement nombreuses, n'influençant pas l'état général du malade.

Ch..., 47 ans, boucher : mère et frère amaurotiques. Syphilis? Entré à Charenton le 15 février 1881. La maladie mentale avait débuté depuis environ un an par un délire lypémanique avec affaiblissement de la mémoire. Le certificat d'admission le déclare atteint de lypémanie anxieuse.

Il n'a jamais présenté d'accidents comateux ou convulsifs.

15 février 1881. Dès les premiers jours qui suivent son entrée on constate un ensemble de symptômes qui font supposer la paralysie générale.

14 juin. Première attaque caractérisée par une perte momentanée de la connaissance et quelques mouvements convulsifs siégeant uniquement aux membres inférieurs.

Le 29. Seconde attaque. La perte de connaissance ne dure pas trente secondes.

7 juillet. Attaque épileptiforme : Cri initial, sensation d'aura dans le bras droit, chute sur le côté droit : à une raideur tétanique succèdent des convulsions générales, mais plus marquées du côté droit. Il n'y a pas d'écume de la bouche. Les mouvements convulsifs durent environ une demi-minute et la connaissance revient instantanément.

Une deuxième attaque survient presque aussitôt. La tête et les yeux se tournent vers le côté droit où les secousses sont le plus violentes. L'attaque est encore de courte durée. Pas d'émission involontaire de l'urine ou des matières fécales. Pas de période stertoreuse. Pas d'élévation de la température.

Le 18. Nouvelle attaque semblable aux précédentes. Phénomène de l'aura.

3 août. Le malade est devenu tout à coup turbulent et s'est livré à des actes de violence. Il répond qu'il frappe parce qu'on ne veut pas lui obéir. La face est congestionnée.

Le lendemain matin, on le voit tomber tout d'un coup de sa hauteur. Attaque particulièrement violente. La tête et les yeux sont renversés vers le côté droit où comme d'ordinaire prédominent les mouvements convulsifs. Après le retour de l'intelligence, les membres droits restent comme paralysés pendant un quart d'heure. P. 84°; T. 37,2.

Le 8. 18 crises de 6 à 8 heures du matin, deux autres dans la soirée. La température n'est pas montée au-dessus de 37,5.

Le 9. 8 crises convulsives dans la journée du lendemain. Temp. restée constamment à 37,2.

Toutes ces attaques se ressemblent, et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elles ne sont jamais suivies d'aucun trouble mental bien prononcé. Si, par exemple, le malade est frappé pendant le repas, il se remettra immédiatement à table. Elles ne paraissent non plus influencer d'aucune sorte l'état général.

Du 12 au 15 septembre. Attaques nombreuses se terminant comme les précédentes.

8 octobre. On compte une centaine d'attaques dans la journée. La température est restée presque normale. Un peu d'abattement succède à cette nouvelle épreuve, mais dès le 10 octobre le retour à l'état habituel est complet.

21 novembre. De cinq heures et demie du soir à huit heures, 18 attaques se succèdent presque coup sur coup. Les secousses convulsives ne sont plus générales mais limitées au côté droit. Les membres du côté gauche sont en état de résolution.

Temp. avant les attaques 37,5; pendant, 38°; le lendemain matin, 37,2.

Le 24 et le 26. Nouvelles attaques.

3 janvier 1882. De quatre heures à quatre heures et demie, 28 attaques.

Le 19. 4 attaques. Les convulsions prédominent du côté droit.

Juin 1882. Le diagnostic de la périencéphalite a pu être

affirmé dès le premier mois après l'entrée du malade. Mais malgré l'abondance exceptionnelle des attaques épileptiformes, la maladie a suivi une marche très lente.

Les accès sont aujourd'hui devenus plus rares, mais ils se présentent toujours avec leur caractère d'innocuité. C'est leur bénignité même qui nous fait hésiter à les rattacher à un processus phlegmasique de l'encéphale. Si l'épilepsie essentielle pouvait naître à cette époque de la vie, nous croirions à son existence. Peut-être avons-nous affaire à une épilepsie symptomatique de la syphilis, mentionnée comme probable dans les antécédents du malade.

ÉTIOLOGIE.

Comme particulièrement disposés aux accidents apoplectiques et convulsifs, nous citerons en première ligne les paralysés généraux héréditaires. Nous entendons par là ceux dont les parents sont morts d'une affection cérébrale (apoplexie) et leur ont légué une tendance aux congestions cérébrales.

Une même prédisposition paraît exister chez ceux dont la maladie a été préparée par un traumatisme crânien, par l'abus des alcooliques, par la syphilis.

Les épileptiques devenus paralysés généraux, éventualité démontrée notamment par plusieurs observations du D^r Brunet, continuent-ils à subir des accès convulsifs ?

C'est par la négative que nous résoudrions cette question, si nous nous en rapportions au seul exem-

ple que nous ayons par devers nous d'un paralytique qui se trouve dans des conditions semblables. Car ce malade, épileptique dès son enfance, a cessé d'avoir des attaques depuis qu'il est tombé dans la paralysie générale.

L'influence du sexe nous semble incontestable. La paralysie générale, au moins d'après ce que nous voyons à Charenton, revêt chez la femme une forme plus calme, plus apathique. Les attaques sont chez elles, plus rares, toute proportion gardée du reste, car on sait que la paralysie générale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Des causes plus directes peuvent déterminer ces attaques. On a signalé comme capables de les produire la suppression brusque d'un flux hémorrhoidal, la cessation des règles.

Nous avons été souvent frappé de l'influence atmosphérique sur l'explosion simultanée d'un grand nombre d'attaques dans le service.

M. Legrand du Saulle a remarqué que les malades atteints de paralysie générale sont congestionnés de préférence pendant les mois de décembre et de janvier. *Frigus cerebro inimicum*, dit Hippocrate.

Une température élevée n'est pas moins nuisible que le froid. A Charenton, pendant les chaleurs de juillet, l'année dernière, un grand nombre de paralytiques furent en huit jours emportés par des accidents apo ou épileptiformes.

Mais presque autant que les températures ex-

trêmes peut agir un simple changement atmosphérique. Ce qui le prouve, c'est que dans les asiles d'aliénés il s'écoule des périodes plus ou moins longues pendant lesquelles rien de particulier n'est observé chez les paralyvés généraux ; puis le même jour on a à enregistrer une série d'attaques plus ou moins graves. Or, on peut s'assurer facilement que cet orage d'accidents cérébraux coïncide d'ordinaire soit avec un changement de température, soit avec une variation de la pression barométrique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Si l'on veut mettre de côté les lésions communes qui se rencontrent à l'autopsie de tous les paralyvés généraux, on aura bientôt dit ce qui est propre au cas que nous étudions,

Quand un individu a succombé à des attaques apo ou épileptiformes on trouve généralement à l'autopsie une injection considérable des méninges et de l'encéphale.

La dure-mère est bleuâtre et laisse par l'incision suinter une assez grande quantité de sang.

Du sang liquide peut être épanché dans la cavité arachnoïdienne.

La pie-mère cérébrale et cérébelleuse, en outre des arborisations qui se dessinent dans son épaisseur, présente disséminées sous sa face profonde des plaques sanguines de dimensions variables.

La substance grise du cerveau est fortement hyperémiée. M. Foville a également remarqué que le centre des hémisphères est souvent le siège d'une congestion intense, avec piqueté rouge, vascularisation considérable, dans les cas qui se sont terminés par des accidents congestifs.

Des lésions semblables s'observent dans le prolongement rachidien.

Un afflux sanguin exagéré vers les centres nerveux est donc le fait capital constaté à la suite d'attaques récentes.

Si la mort n'est arrivée que plus ou moins longtemps après les attaques il sera encore possible de trouver les traces laissées par la poussée congestive : couennes pachyméningitiques, concrétions fibrineuses appliquées sur l'arachnoïde; collections de sang, de sérosité, de pus dans la double cavité arachnoïdienne; épaissement de la pie-mère, adhérences nombreuses, désorganisation plus ou moins grande de la substance nerveuse.

PATHOGÉNIE.

On s'accorde généralement pour attribuer les attaques apoplectiformes de la paralysie générale à la congestion encéphalique. L'afflux subit d'une quantité anormale de sang dans les capillaires de l'encéphale doit produire, au degré près, un effet analogue à celui qui résulte d'une hémorrhagie cérébrale. Ne sait-on pas que dans celle-ci la destruc-

tion de la substance nerveuse par l'irruption du sang n'a qu'une faible part dans la production de l'ictus apoplectique? Le fait de la désagrégation de la pulpe cérébrale ne se révèle qu'ultérieurement par des lésions limitées et persistantes de la motilité.

C'est l'intégrité, au moins relative, du parenchyme nerveux qui explique la fugacité ordinaire des accidents apoplectiformes de la paralysie générale.

Nous croyons trouver une preuve de cette théorie de la congestion dans l'élévation thermique qui accompagne d'habitude ces attaques.

Il existe, il est vrai, des attaques apoplectiformes avec abaissement de la température, mais les auteurs qui, comme Traube, ont signalé ces faits exceptionnels, leur assignent une pathogénie toute différente, (intoxication urémique).

Il n'est peut-être pas aussi simple d'expliquer les attaques épileptiformes, car tout en admettant que la congestion encéphalique joue ici encore un rôle prépondérant, il faut tenir un grand compte d'autres éléments pathogéniques.

Bayle pensait que les phénomènes convulsifs qu'on observe dans la méningite chronique sont produits par une inflammation de la substance grise du cerveau.

Calmeil, dans son article Paralysie générale du « Dictionnaire en trente volumes, » paraît de même attribuer les accidents épileptiformes à une stimu-

lation directe de la pulpe cérébrale et à une recrudescence de l'encéphalite.

Brierre de Boismont et Aubanel ont partagé à peu près cette opinion.

La découverte par Hitzig et Ferrier d'une région excitable et motrice à la surface des circonvolutions de la partie moyenne des hémisphères cérébraux n'a fait, ce nous semble, que confirmer l'opinion de Bayle et de Calmeil sur la pathogénie des phénomènes épileptiformes, en précisant mathématiquement les points de l'écorce cérébrale où devait porter la phlegmasie pour produire les convulsions.

M. Foville, dans une Communication à l'Académie de médecine, 1877, se déclara partisan de cette nouvelle interprétation des faits et fit ressortir l'avantage que présente la théorie des localisations cérébrales, d'établir un rapport entre les lésions pathognomoniques de la paralysie générale et les troubles de la motilité qu'elle présente.

Il paraît donc légitime de conclure, d'après ces auteurs, qu'une poussée congestive peut, en exaspérant la phlegmasie chronique de la substance corticale, produire l'attaque épileptiforme.

Mais cette théorie ne peut revendiquer tous les faits.

Déjà Westphall, en 1869, faisait à l'opinion de Bayle cette objection, que souvent les plus violentes convulsions ont lieu sans lésions de l'écorce cérébrale, et que cette altération de l'écorce peut se présenter sans que jamais il y ait eu de convulsions.

M. Voisin apporte à l'appui de cette objection le résultat de ses observations personnelles.

Il faut bien alors chercher quelque autre explication.

Il est certain qu'il y a lieu d'abord de faire une certaine parts de faits où les attaques épileptiformes reconnaissent pour cause, soit l'hémorrhagie méningée, soit l'apoplexie séreuse.

La pachyméningite, qui est loin d'être rare chez les paralysés généraux, reste, il est vrai, souvent latente, mais elle peut à un moment donné, grâce à un raptus hémorrhagique, produire des accidents épileptiformes.

D'autre part, Bayle et le Dr Thore ont relaté quelques observations avec autopsie, dans lesquelles les attaques convulsives étaient manifestement dues à une apoplexie séreuse du cerveau.

Mais, après tout, ces faits sont exceptionnels, et comme en dehors de l'inflammation de la couche corticale nous ne trouvons aucune autre lésion macroscopique tant soit peu constante qui nous aide à expliquer la grande fréquence des accidents qui nous occupent, force est bien de recourir à la théorie qui attribue les troubles de la motilité à des lésions histologiques plus ou moins manifestes du bulbe et de la moelle. Il faut, voulons-nous dire, attribuer à beaucoup d'attaques épileptiformes le même mode pathogénique qu'on a admis pour l'attaque épileptique vraie. Cette manière de voir est d'autant plus rationnelle qu'entre ces deux sortes

d'attaques il y a fréquemment, on le sait une similitude parfaite.

DIAGNOSTIC.

Je m'arrêterai peu au diagnostic. Si l'on voulait ne tenir aucun compte des antécédents du malade, des signes de périencéphalite plus ou moins accusés qu'il a présentés jusqu'alors, évidemment il serait très difficile, en présence d'une attaque donnée, d'en reconnaître immédiatement la nature par le seul examen des symptômes.

On pourrait toutefois tenter de juger la question à l'aide du thermomètre.

S'il s'agissait, par exemple, d'une attaque à forme apoplectique, l'élévation de la température écarterait de suite l'hypothèse d'une lésion en foyer de l'encéphale, hémorragie, foyer de ramollissement.

L'élévation thermique fournirait un argument moins probant pour établir la nature de l'attaque épileptiforme, puisque, comme l'ont démontré MM. Charcot et Bourneville, dans l'épilepsie essentielle les attaques peuvent faire monter jusqu'à un certain point la température par le fait de leur répétition ou de leur violence.

Un peu plus tard seulement la succession des divers phénomènes permettrait d'asseoir le diagnostic sur une base plus solide.

Ces mêmes considérations s'appliquent aux cas où l'on voudrait décider d'après les seuls symptômes

que telle attaque n'est pas due à une tumeur cérébrale ou à une encéphalopathie quelconque.

TRAITEMENT.

Le traitement des accidents paralytiques peut se formuler ainsi :

Prévenir d'aussi loin que possible ces accidents ; les détourner dès qu'ils sont imminents ; les combattre quand ils ont éclaté.

Malheureusement nous ne sommes que peu en mesure de remplir ces trois indications.

Le traitement préventif des attaques épi et apoplectiformes constitue évidemment la majeure partie du traitement général de la périencéphalite chronique. N'est-ce point, en effet, la tendance à la congestion encéphalique qu'il faut surtout combattre dans cette maladie ?

On a essayé beaucoup de médicaments, dits anti-congestifs. L'expérimentation a fait justice de presque tous. Je signalerai seulement l'arsenic et la digitale. MM. Lasègue, Foville, Lagardelle, Cullerle, ont obtenu quelques bons effets du premier de ces agents. La digitale décongestionne assez bien le cerveau, mais son usage prolongé produit des effets funestes sur l'organisme.

C'est, en réalité, par une hygiène thérapeutique bien entendue qu'on arrivera aux meilleurs résultats : le régime du malade sera sévère. Les repas

trop copieux, les vins généreux, les excès de toute sorte, les veilles, toute contention d'esprit, les contrariétés doivent être évités autant que possible. L'état des fonctions digestives exige une surveillance toute particulière : un purgatif sera administré toutes les fois qu'il y aura constipation. Celle-ci doit même être prévenue par l'administration périodique de purgations légères. Un bain tempéré et prolongé sera donné toutes les semaines.

Ces prescriptions sévèrement suivies pourront empêcher le mal d'être précipité dans sa marche par des accidents comateux ou convulsifs et feront bénéficier les paralytiques des plus longues périodes de rémission.

Si, comme dans les maisons de santé, le malade est soumis à une observation constante, on sera souvent à même de prévoir plusieurs heures à l'avance qu'une attaque congestive se prépare. On ne saurait alors agir avec trop de promptitude et d'énergie. On administrera immédiatement une dose d'ergotine. On peut également employer le bromure de potassium ou le tartre stibié à doses réfractées.

Mais il faut surtout compter sur la médication dérivative et révulsive : bains de pieds très chauds, sinapismes sur les membres inférieurs, lavements fortement purgatifs, petite saignée si elle paraît supportable. Quand la poussée sanguine se fait déjà vers l'encéphale, il ne faut pas hésiter à couvrir la nuque d'un large vésicatoire, à appliquer une douzaine de sangsues derrière les oreilles.

Pendant ce second temps du traitement le rôle

du médecin est réellement très actif et très efficace.

Quand l'explosion d'une attaque n'a pu être empêchée, que reste-t-il à faire ?

Les moyens précédents, vésicatoires, sinapismes, marteau de Mayor, sangsues, peuvent encore être essayés. Mais ils n'ont jamais alors une action bien sensible. Comme le dit M. Voisin, les révulsifs, utiles avant l'attaque, sont presque sans effet sur un individu privé de sensibilité. Je trouve peu rationnelle cette pratique qui consiste à placer une vessie remplie de glace sur la tête des individus frappés de congestion cérébrale. La réfrigération du crâne, en restreignant le champ de la circulation périphérique, ne produit-elle pas, en effet, une action toute contraire à celle qu'on attend des révulsifs ?

Les paralytiques, quand ils ne succombent pas aux attaques violentes, en sortent toujours plus ou moins grièvement lésés. Ils ont besoin d'un assez long temps pour se remettre. On ne doit donc pas les perdre un instant de vue jusqu'à ce que par une médication appropriée on ait ramené la maladie à son type d'indolence habituelle. Je signalerai particulièrement la nécessité d'examiner la vessie après les accès graves. Dans ces cas, j'ai vu maintes fois l'évacuation artificielle de l'urine faire cesser comme par enchantement un collapsus profond capable d'inspirer les craintes les plus sérieuses.

CONCLUSIONS

Les attaques apoplectiformes et épileptiformes sont, dans la paralysie générale, des épisodes toujours funestes.

Quand la mort n'en est pas la conséquence plus ou moins prompte, elles provoquent l'apparition de nouveaux phénomènes morbides ou aggravent les symptômes préexistants.

Les attaques à forme apoplectique paraissent être un peu plus meurtrières que les attaques épileptiformes.

Dans les unes comme dans les autres l'existence d'un danger immédiat est révélée par le thermomètre.

Ces accidents étant difficiles à combattre quand ils se produisent, il faut chercher à les prévenir par les moyens combinés de l'hygiène et de la thérapeutique et s'efforcer de les conjurer par une médication révulsive quand des symptômes prémonitoires en font craindre l'explosion prochaine.

Dans les maisons de santé où l'intérêt de cette question est multiplié par le nombre des malades, ne pourrait-on tenir compte des variations atmosphériques qui influencent si manifestement les poussées congestives, pour soumettre momentanément les paralysés généraux à une surveillance toute particulière?

Tels sont, pour la pratique, les points principaux que nous voudrions faire ressortir de cette modeste étude pour laquelle nous réclavons toute l'indulgence de nos juges.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Anatomie et histologie normales. — Articulation coxo-fémorale.

Physiologie. — De la menstruation.

Physique. — Electroscope et machines électriques.

Chimie. — Combinaisons de l'azote avec l'oxygène; caractères et préparation de l'acide azotique.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des crustacés, leur classification; des écrevisses et des concrétions désignées sous le nom d'yeux d'écrevisses; des cloportes et des armadillees des accidents produits par les crustacés alimentaires.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — De la fièvre.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — Des opérations applicables au strabisme.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires; des collyres gazeux, liquides, mous et solides; des injec-

tions, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Du choix d'une nourrice.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote ? A quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer ?

Accouchements. — Des présentations du tronc.

Vu, bon à imprimer.

Vu et permis d'imprimer,

Le président de la thèse : Le vice-recteur de l'Académie de Paris :

BROUARDEL.

GRÉARD.